



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, MBST Kernspinresonanz-Therapie, stand van de wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201901845

Zittingsdatum : 17 juni 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,  
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 28 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 23 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Bij brief van 25 februari 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020004562) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 26 februari 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 18 juni 2020 per brief aan het Zorginstituut gestuurd. In bedoelde brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan de stellingen van verzoeker dat

(i) hij, en met hem nog 180.000 andere patiënten, zeer goede ervaringen hebben met een MBST-behandeling, en

(ii) er een verschil aanwezig is tussen de manier van behandeling in Duitsland en in Nederland. In Nederland wordt sneller gekozen voor een operatie of medicatie terwijl in Duitsland eerst gekeken wordt naar een alternatief.

Op 2 juli 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 3 juli 2020 aan partijen gestuurd en zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Op 12 juli 2020 heeft verzoeker op het definitief advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker heeft last van ernstige artrose in zijn heupen en knieën. Omdat hij voor een behandeling in Nederland vanuit zijn woonplaats in Limburg helemaal naar Haarlem moet reizen, heeft verzoeker ervoor gekozen zich te laten behandelen in Aken, Duitsland. Aldaar heeft het Arthrose- und Osteoporosezentrum voorgesteld verzoeker te behandelen met MBST Kernspinresonanz-

Therapie. Na het behandelvoorstel van de arts te hebben ontvangen heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de betreffende therapie te vergoeden.

- 3.3. Bij brief van 9 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de betreffende therapie niet wordt vergoed, omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 25 februari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarbij heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

*“Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur kan geconcludeerd worden dat MBST Kernspinresonanz-Therapie ofwel Magnetic Resonance Therapy niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.”*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde MBST Kernspinresonanz-Therapie alsnog moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

- 6.2. Verzoeker wil de onderhavige therapie ondergaan in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering, zodat op grond van de verordening geen toestemming kan worden verleend. De commissie overweegt met betrekking hiertoe als volgt.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat MBST Kernspinresonanz-Therapie geen verzekerde prestatie is. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is namelijk nog niet wetenschappelijk aangetoond.

Verzoeker stelt dat hij na een lang gesprek met zijn behandelend arts overtuigd is geraakt van de meerwaarde van MBST Kernspinresonanz-Therapie. Zo zal deze therapie voor verzoeker meer kwaliteit van leven geven door terugkeer van verloren mobiliteit en afname van pijn. Daarnaast is geen zware operatie vereist en is de therapie veel goedkoper. Als verzoeker de therapie namelijk niet ondergaat, zal een veel duurdere ingreep nodig zijn om van de klachten af te komen. Daarbij is het maar zeer vraag of die operatie effect zal hebben.

- 6.4. De commissie moet beoordelen of de door verzoeker gewenste behandeling, te weten MBST Kernspinresonanz-Therapie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.
- 6.5. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.6. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.7. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.8. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de door verzoeker aangevraagde MBST Kernspinresonanz-Therapie in verband met arthrose. Het advies van 25 februari 2020 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is om die reden niet gehouden de kosten van de betreffende therapie te vergoeden op grond van de zorgverzekering. Tevens is om die reden de gevraagde toestemming op basis van de verordening terecht onthouden. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van de mogelijke voordelen van de MBST Kernspinresonanz-Therapie ten opzichte van de reguliere behandelmethoden maakt het voorgaande niet anders. Het zelfde geldt voor de door verzoeker aangehaalde goede ervaringen van patiënten en de verschillen in behandeling tussen Nederland en Duitsland.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor MBST Kernspinresonanz-Therapie. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juli 2020,



H.A.J. Kroon



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

(Wet BIG):

Wet langdurige zorg (Wlz): In deze wet zijn de voorwaarden neergelegd ten aanzien van zorg voor verzekerden die zijn aangewezen op langdurige zorg.

WMG-tarief: Het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) goedgekeurde-, vastgestelde-, of maximumtarief voor een prestatie, deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC): Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

Ziekenhuis: Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

Zitting: Een rechtstreeks contact tussen zorgaanbieder en verzekerde met als doel een behandeling of consult conform een door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving beschreven en opgenomen als aanspraak in de Zorgverzekeringswet .

Zorggroep: Een organisatie (van doorgaans overwegend eerstelijnszorg zorgaanbieders) om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en/of uit te voeren.

Zorginstituut Nederland: Centraal adviesorgaan van de overheid op het terrein van de wettelijke zorgverzekeringen.

Zorgproduct: Een prestatie, behorend tot de DBC-zorgproducten of tot de Overige Zorgproducten, zoals omschreven in de beleidsregels van de NZa.

Zorgaanbieder: Een instelling of beroepsbeoefenaar die zorg zoals omschreven in deze polisvoorwaarden verleent.

Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en die zorgverzekeringen in de zin van de Zvw aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze polisvoorwaarden van toepassing zijn, is de 'Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.'.

Zorgverzekering: Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

worden aangevraagd. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor afloop van de drie maanden worden ingediend. Bij de aanvraag moet de behandelaar (huisarts, SO of AVG) de diagnose, de prognose, doelstelling en het zorgplan omschrijven en motiveren.

- Indien het ELV wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder dan moet er van te voren bij de verzekeraar toestemming gevraagd worden, tenzij sprake is van een acute situatie die een direct ELV noodzakelijk maakt. Hierbij zal aangegeven moeten worden wat de diagnose en prognose van de cliënt is en wat de doelstelling van het verblijf is.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

#### *Zorgaanbieder*

De zorg kan worden verleend door een instelling met verblijfsplaatsen. Deze organisatie heeft verpleegkundigen en verzorgenden in dienst. De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts (huisarts, SO of AVG).

#### *Uitsluitingen*

Vanuit de aanspraak ELV worden de volgende situaties niet vergoed:

- Bij een ernstig en/of acuut psychiatrisch beeld en dusdanige gedragsproblematiek dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd is;
- Bij somatische aandoeningen die behandeling behoeven door een medisch specialist in combinatie met verblijf;
- Bij haalbare revalidatiedoelen waarvoor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrie revalidatiezorg (GRZ) aangewezen is;
- Indien respijtzorg aangewezen is. Er is/dreigt voor de patiënt geen gezondheidsbedreigende situatie en er is geen (specifieke) medische behandeling noodzakelijk;
- Indien er hoofdzakelijk sociale problemen zijn zoals op het gebied van wonen en/of financiën;
- Indien een verzekerde met een Wlz-indicatie, de zorg verzilvert in een intramurale Wlz instelling (verblijf en behandeling) of in de thuissituatie op basis van een Module Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket thuis (VPT).

### **lid 3                   Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst**

#### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## **Artikel 18   Medisch-specialistische zorg**

### **lid 1                   Algemeen**

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2 van dit artikel);
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3 van dit artikel).

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

### **lid 2                   Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg**

#### **lid 2.1               Te vergoeden zorgkosten**

##### **lid 2.1.1           Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)**



## **Besluit zorgverzekering**

### **Artikel 2.1**

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### **Artikel 2.4**

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
  - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
  - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
    - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
  - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
- 2.** Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”